

FECHA DE EXAMEN 16/03/2024 12.00 AM
TIPO EXAMEN: INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR

DATOS DE INSTITUCION

Nombre:	IPS HUMAN FINE	Nit	900166682-0
Dirección	Carrera 43a No. 5b - 17 Barrio Tequendama	e-mail	Comercial@humanfine.com
Teléfonos	513 12 13 - 513 64 68 - 554 84 46 - 314 793 34 87 - 317 401 54 38		



IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres	CINDY CAROLINA			Apellidos	ZAPATA BANGUERO				
Identificación	CC	1130594333	Edad	36 Años	Genero	F	Grupo sanguíneo	O +	
Procedencia	Lugar de nacimiento		PADILLA		Fecha de nacimiento		30/07/1987	Estrato	5
Estado civil	Union libre		Escolaridad	Profesional	Teléfonos		3233632726		
Departamento	Valle Del Cauca		Municipio	Cali	Dirección		CRA 106 44-67		
EPS	SANITAS EPS S. A								
ARL	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS			Fondo de Pensiones		PORVENIR S.A.			

DATOS EMPRESA

EMPRESA	PARTICULAR		
EMPRESA USUARIA	NO APLICA	SEDE	NO REFIERE
CARGO	CONTRATISTA	SECCION O AREA	NO REFIERE
FECHA DE INGRESO	SIN INFORMACION	JORNADA DE TRABAJO	SIN INFORMACION

EXAMENES REALIZADOS

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL

CONCEPTO DE APTITUD

CONCEPTO	Apto para el cargo
----------	--------------------

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES GENERALES	LAVADO DE MANOS FRECUENTE PAUSAS ACTIVAS HIGIENE POSTURAL HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE	
	SALUD OCUPACIONAL	
Uso de EPP correspondientes a los establecidos por la empresa, para el cargo en mención	Higiene postural	Pausas activas
Ejercicio habitual	Hábitos de vidas saludable	Manejo de estrés
Dieta balanceada		
INGRESO A SVE		
SVE (Ergonómico)	SVE (Psicolaboral)	

Nombres y Apellidos

CINDY CAROLINA ZAPATA BANGUERO

Identificación

CC

1130594333

Declaración del trabajador: yo, el abajo firmante declaro haber contestado correctamente todas la preguntas realizadas conforme a la verdad, si se comprobara falsedad u omisión, me someto a las sanciones respectivas, de acuerdo con la ley. Así mismo, Autorizo expresamente a la IPS HUMAN FINE para suministrar información sobre mi estado de salud a las Autoridades del Servicio de Salud del Estado o a las que este autorice. De igual manera, autorizo para que mi EMPRESA tenga acceso a mi Historia Clínica y a todos los datos que en ella se registren, en este sentido autorizo a IPS HUMAN FINE para que una vez efectuados los exámenes se suministre copia al Médico de mi empresa.

Certifico que he comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y consecuencias a partir de la asesoría brindada antes de cada procedimiento por parte de los profesionales encargados. Entiendo que la realización de estas pruebas es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea realizado el examen. Fui informado de las medidas que tomaran para proteger la confidencialidad de mis resultados.



Diana Patricia Almansa T.
Especialista en Gerencia
de la Salud Ocupacional
Médico 756 / 15-05-2014

DIANA PATRICIA ALMANSA TABARES
C.C 66982008 RM: 0533/2001
Firma y sello del Médico Evaluador



Cindy Caroli

CINDY CAROLINA
C.C 1130594333
Firma del trabajador Evaluado

